FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS



Année 1885

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 25 juin 1885 à 1 heure

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Par Alfred FAUCHART

né à Gercy (Aisne)

Ex-interne des Hôpitaux de Rouen

Ex-chef de clinique à l'Institut Ophthalmique départemental de Rouen

RÉFLEXIONS

SUR

QUATRE CAS D'OPHTHALMIE SYMPATHIQUE

Président de la Thèse : M. PANAS, professeur.

Jury : MM. PETER, professeur. BOUILLY, agrégé. HALLOPEAU, id.

PARIS

LIBRAIRIE OLLIER-HENRY

13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 13

1885

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen .... M. BECLARD.

Professeurs .... MM.

Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BECLARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	PETER. DAMASCHINO.
Pathologie chirurgicale	GUYON. LANNELONGU
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	DUPLAY.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	N.
Médecine légale	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	TARNIER.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée	VULPIAN.
Clinique médicale	SEE (G.) HARDY. POTAIN. JACCOUD.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique des maladies syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses	CHARCOT.
Clinique chirurgicale	RICHET. VERNEUIL. TRÉLAT. LE FORT.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchement	PAJOT.

DOYEN HONORAIRE : M. VULPIAN.

Professeurs honoraires : GOSSELIN, BOUCHARDAT.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
BLANCHARD.	GARIEL.	LANDOUZY.	REYNIER.
BOUILLY.	GUÉBHARD.	PEYROT.	RIBEMONT-DESS.
BUDIN.	HALLOPEAU.	PINARD.	RICHELOT.
CAMPENON.	HANOT.	POUCHET.	C. RICHET.
CHARPENTIER	HANRIOT.	QUINQUAUD.	A. ROBIN.
DEBOVE.	HUMBERT.	RAYMOND.	SEGOND.
PARABEUF, chef des travaux anatomiques.	HUTINEL.	RECLUS.	STRAUS.
	JOFFROY.	REMY.	TERRILLON.
	KIRMISSON.	RENDU.	TROISIER.

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE ROUEN

A M. LE DOCTEUR GAURAN

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PANAS

AVANT PROPOS

Décrire complètement l'ophthalmie sympathique en discutant les nombreuses questions de doctrine et de pratique qui s'y rattachent demanderait une plume plus autorisée que la notre, aussi tel n'est point notre but. Nous avons voulu seulement dans ce travail rapporter quelques faits qui nous ont paru intéressants, les comparer entre eux et à d'autres puisés dans les auteurs, et à leur propos insister sur quelques points particuliers, surtout sur le traitement de l'ophthalmie sympathique.

Nous laisserons donc de côté les formes exceptionnelles, kératite, glaucome, atrophie du nerf optique, etc..., nous localisant dans l'exposition des formes présentées dans nos observations et la discussion de leurs particularités.

L'ordre suivi sera celui habituellement usité en pathologie. — Définition. — Fréquence. — Etiologie. — Formes et marche. — Traitement. — Observations. — Puis nous donnerons sous forme de conclusions un bref résumé des points principaux de cette étude.

Un index bibliographique indiquera par ordre alphabétique des noms d'auteurs les titres des ouvrages, ou

nous avons puisé les renseignements et opinions que nous citons dans le cours de cette thèse.

Définition. — On désigne actuellement sous le nom d'ophthalmie sympathique, les affections avec lésions anatomiques appréciables qui se manifestent sur un œil sain comme conséquence d'une affection de l'œil du côté opposé.

Cette définition écarte les troubles fonctionnels tels que larmoiement, photophobie, troubles de l'accommodation... etc. Ces troubles sont réunis sous le nom d'irritation sympathique et forment un groupe bien différent, surtout au point de vue pratique du pronostic et du traitement.

C'est seulement l'ophthalmie sympathique dans le sens de la définition donnée plus haut, que nous aurons en vue.

Devrait-on supprimer le mot ophthalmie sympathique et le remplacer par les termes kératite, iritis, irido-cyclite rétinite... etc..., sympathiques ? Nous ne le croyons pas, car, s'il existe des faits ou la localisation du processus s'est montrée nette et bien définie, ces faits sont peu nombreux et, dans la généralité des cas, la plupart des membranes de l'œil soit primitivement, soit secondairement sont envahies par la maladie.

Fréquence. — Il est difficile de se faire une idée de la fréquence des accidents sympathiques.

Yvert oppose aux statistiques de Mcoren, Vignaux, Rossander celles de Guignet, Fano et celle qu'il a faite lui-

même à la clinique de M. Galezowski. Sur 30.000 malades, il n'a été pratiqué, dit-il, que 47 énucléations pour des accidents sympathiques, sans préciser quel genre d'accidents. Cet auteur adopte une opinion mixte entre la fréquence relative de Mooren et Vignaux et la rareté indiquée par Cuignet et Fano. Nous nous contenterons d'exposer quelques chiffres puisés à la Clinique du Dr Gauran (de Rouen), en faisant remarquer que nous ne considérons que l'ophthalmie sympathique dans le sens de la définition indiquée plus haut : Sur 3.600 malades qui se sont présentés à la Clinique depuis le 1er janvier 1883 jusqu'au 1er mai 1885, nous en avons observé quatre cas qui se répartissent ainsi qu'il suit :

1er cas. — O. D. Irido-Choroïdite, à la suite d'extraction de cataracte avec iridectomie.

O. G. Irido-Choroïdite glaucomateuse sympathique. — Lorsque la malade s'est présentée l'amaurose était absolue.

2e cas. — O. D. Phthisie douloureuse du bulbe.

O. G. Iritis séreuse sympathique.

Le malade qui était de Dieppe fut soumis au traitement médical habituel, et ne reparut plus.

3e cas. O. G. Plaie du rebord scléro-cornéen, enclavement de l'iris.

O. D. Irido-Choroïdite sympathique.

C'est le malade qui fait le sujet de l'observation I.

4e cas. — O. G. Bulbe diminué de volume et déformé à la suite de sphacèle de la moitié inférieure de la cornée consécutive à une brulûre par liquide caustique.

O. D. — Irido-cyclite dix-huit mois après.

Le malade se présente deux ans environ après le premier accident. La cornée et l'iris se vascularisent.

Tension au-dessous de la normale, obstruction complète de la pupille normale et d'une pupille artificielle qui avait été pratiquée par le médecin habituel du malade. De chaque côté le malade percevait encore nettement la lumière d'une bougie à un mètre. On essaya mais en vain d'établir une pupille artificielle du côté gauche. On fera, sans grand espoir la même tentative du côté droit. Cette tentative est néanmoins justifiée car le malade n'a rien à perdre. — Tels sont les faits certains d'ophthalmie sympathique que nous avons rencontré sur 3.600 malades, c'est peu. Cependant nous avons noté cinquante cas de traumatismes graves, c'est-à-dire 28 cas dans lesquels l'Iris ou le corps ciliaire avaient été directement intéressés, et 22 cas de plaie pénétrante de la cornée avec cataracte traumatique, sans autres lésions apparentes ; je dis apparentes car il est difficile de préciser jusqu'à quel point le corps vulnérant a porté son action. Il peut avoir tiraillé ou contusionné le cercle ciliaire sans qu'aucun phénomène ne vienne déceler ce fait à l'extérieur.

Les cas douteux peuvent faire d'ailleurs varier les chiffres. Deux malades se sont présentés chacun avec une phthisie d'un œil, datant de longues années ; l'autre œil était atteint chez l'un de glaucome chronique simple avec simple perception lumineuse quantitative, chez l'autre de glaucome chronique irritatif avec amaurose absolue.

Avions-nous affaire à du glaucome sympathique ?

En résumé l'ophthalmie sympathique est une affection rare.

Etiologie. — Que penser des causes prédisposantes ? Rien n'est plus incertain. On rencontre aussi fréquemment l'ophthalmie sympathique chez les personnes à constitution robuste que chez les personnes faibles. Le sexe et l'âge ne paraissent avoir d'influence que par l'intermédiaire des proportions différentes des traumatismes.

Il n'en est pas de même des causes occasionnelles, efforts d'accomodation, exposition à une lumière trop intense, à la chaleur (Forgerons, serruriers).

Cette influence parait avoir été très nette dans l'obs. I. Le malade, ayant repris son travail, était exposé presque toute la journée à la lumière et à la chaleur d'un feu de forge et le reste du temps occupé à un travail de près.

Aussi éprouvait-il fréquemment un sentiment de fatigue et de tension dans les yeux et le front.

L'œil blessé quoique garanti par un bandeau ou l'occlusion des paupières, participe aux efforts d'accomodation et de resserrement pupillaire qui se passent sur l'œil sain. On conçoit donc qu'il y à la dans l'iris et le corps ciliaire une cause d'irritation pouvant prédisposer à une inflammation.

Il est universellement admis que ce sont les affections traumatiques ou idiopathiques du tractus uvéal qui sont presque toujours les causes efficientes de la sympathie. Les maladies des autres parties de l'œil n'agiraient que par l'intermédiaire de l'irido-choroïdite à laquelle s'ajouterait ou non la cyclite. Il existe cependant nombre de faits qui démontrent que la sympathie peut s'effectuer sans participation du tractus uvéal. Butler (cité par Yvert) a rapporté un fait dont la cause était un grain de plomb

implanté dans le nerf optique au voisinage de la papille. Des traumatismes directs du nerf optique, des noyaux d'induration cicatricielle à la suite d'énucléation ont aussi causé la sympathie. Dans nos observations nous trouvons dans l'obs. IV, une panophthalmite.

Cette inflammation en amenant la phthisie du globe peut conduire à l'ophthalmie sympathique, comme toutes les maladies se terminant par la phthisie, mais tardivement. D'après une statistique d'Alt. (Nul. Dict. enc.) sur 110 yeux sympathisant, 21 avaient été antérieurement le siège d'une panophthalmie.

Dans notre fait les phénomènes inflammatoires n'avaient pas encore rétrocédé complètement.

L'œil sympathisant était donc atteint d'une panophthalmite en cours d'évolution ; c'est un cas rare. Mooren, Rossander, Ayres ont publié chacun un fait analogue. — Le 3e cas présentait ceci de particulier que le bulbe phthisique douloureux était adhérent à la paupière supérieure, il y a là un état spécial bien propre, par les tiraillements consécutifs, à entretenir et même à augmenter l'irritation. Moorey cite un cas analogue où l'énucléation enraya immédiatement l'irritation sympathique développée sur l'autre œil : « C'était une brûlure qui sans lésions intérieures de l'œil avait eu pour résultat une adhérence tosale de la cornée et d'une partie de la sclérotique avec les paupières. Le malade, pauvre ouvrier au feu ne pouvait exécuter aucun mouvement de l'œil sain, sans que le symblèpharon ne produisit des tiraillements sur le globe du second œil. De là des névralgies excessives et le développement croissant de l'éctasie de l'œil malade. Lors-

que le malade se présente, il avait une irritation sympathique nerveuse existant depuis des mois, l'énucléation seule pouvait le rendre capable de reprendre son travail. »

Il est difficile de trouver des exemples plus clairs de l'influence du tiraillement sur l'iris et le corps ciliaire, influence bien indiquée par le redoublement des douleurs à chaque mouvement des paupières. C'est également à la traction que l'on rapporte l'action sympathisante des enclavements irien et ciliaire (Observation I, II), action d'ailleurs variable. « Dans certains cas ils provoquent l'affection sympathique, dans d'autres on ne voit se produire aucun désordre de cette nature. Ce n'est pas l'étendue du processus qui détermine ces évènements, car souvent on ne voit aucune réaction suivre un prolapsus très volumineux, tandis que d'autres fois on voit les troubles sympathiques les plus alarmants succéder à une cause en apparence futile. Les dangers de nature sympathique qui peuvent résulter d'un prolapsus de l'irien grandissent en proportion directe de la traction que l'iris, encarcéré, dans la cornée, exerce sur le corps ciliaire. Les prolapsus multiples, qui par le grand nombre de cicatrices adhérentes de la cornée, amènent sur l'insertion ciliaire de l'iris une traction s'exerçant de plusieurs côtés doivent sans doute être comptés au nombre des influences les plus dangereuses » (Mooren).

Il faut, en outre, tenir compte du pincement dans la cicatrice de nerfs ciliaires nombreux et très sensibles et de la pénétration possible d'agents infectieux, soit au moment de l'accident soit plus tard. Il se forme, il est vrai, en général assez rapidement, sur le prolapsus, une

mince couche de tissu cicatriciel protecteur; mais il peut arriver qu'une portion amincie se rompe (Leber) et livre ainsi une porte d'entrée aux agents septiques.

Dans l'Observation II nous voyons à l'excision succéder immédiatement des phénomènes d'inflammation sur l'œil opéré et en 48 heures l'ophthalmie sympathique arriver sur l'autre œil à l'état de développement complet. Quelle a été l'influence du traumatisme opératoire? A-t-il été la seule cause des troubles de chaque œil? N'a-t-il fait que donner une marche aiguë à une affection torpide, latente? N'a-t-il eu aucune action fâcheuse? C'est la seconde opinion qu'il faut adopter; un traumatisme quel qu'il soit, ne peut causer une ophthalmie sympathique en un si court espace de temps, et il est néanmoins impossible de lui refuser toute action. Nous n'avons trouvé dans les auteurs aucun fait se rapportant à une influence aussi directe, immédiate. Dans beaucoup de cas l'ablation du prolapsus a été pratiquée et plus tard se sont développés des accidents sympathiques qu'on ne peut rattacher à l'acte chirurgical. Citons, comme exemple, quelques extraits d'observations :

Ayres. — J. D..., 7 ans, est atteint le 12 décembre 1880 d'une petite blessure du bord scléro cornéen supérieur de l'œil droit. Un prolapsus de l'iris dans la plaie est reséqué par le docteur Knapp. Les angles du coloboma sont replacés de façon que le sphincter occupe sa situation normale. Le 13 décembre peu de réaction; instillations d'atropine. Le 14 décembre, œil un peu rouge,

état d'ailleurs satisfaisant. Le 18 décembre le patient quitte la clinique. S $= \frac{20}{20}$. Le sphincter est en place.

Le 1er janvier, l'acuité sur chaque œil est égale à $\frac{15}{200}$. Irido-cyclite séreuse légère, neuro-rétinite à gauche puis à droite L'énucléation, d'abord refusée par les parents, ne fut pas pratiquée plus tard parce qne l'œil blessé avait une meilleure acuité que le second. Le traitement mercuriel ne fut pas pratiqué et finalement le malade reste avec OG S $= \frac{20}{70}$ — OD. S $= \frac{1}{200}$.

Krause. — Emilie S..., 21 ans, atteinte le 1er juin d'une plaie verticale intéressant toute la cornée et un peu la sclérotique adjacente. Le 18 juin résection de l'Iris enclavé, issue de l'humeur aqueuse, du cristallin et d'une partie du corps vitré. Quelques jours plus tard, on enleva de nouveau un petit prolapsus qui s'était reproduit. Guérison sans phénomènes irritatifs, quatre semaines plus tard iritis sympathique, frictions mercurielles, amélioration. La malade retourna chez elle, rechute le 10 août. énucléation le 20. Traitement par le mercure et l'iodure de potassium. La vision reste passable.

Laqueur. — J. L..., 26 ans. — il y a trois semaines, s'est blessé à l'œil droit avec un fragment de verre. Plaie de la cornée, s'étendant de dehors en dedans et de bas en haut et occupant la largeur de cette membrane. La pupille est déviée et tirée vers le bord interne de la plaie. A cet endroit l'iris forme une hernie grosse comme une tête d'épingle. L'iris est adhérent à la cornée le long de

la plaie. On applique un bandage compressif pendant 8 jours. Comme les douleurs et l'injection allaient en augmentant, on pratique l'ablation du prolapsus de l'iris. Jusqu'alors l'œil gauche était resté parfaitement normal. Huit jours après il présente une irido cyclite très avancée, mais la vision est tellement réduite que le malade reconnaît à peine les plus gros caractères, etc.

Il serait facile de multiplier les faits. Qu'en faut-il conclure? C'est que l'excision n'empêche pas le développement des accidents ultérieurs, qu'elle peut même être nuisible, il convient donc de ne pas la pratiquer. Il n'y aura exception que pour les cas très récents, dans les quelques heures qui suivent l'accident. Car alors on peut espérer obtenir la guérison sans le moindre enclavement.

Formes et Marches. — Un des caractères principaux des inflammations sympathiques, c'est leur extrême ténacité et leur tendance aux récidives. Souvent l'on croit à une guérison définitive, lorsque soudainement la série des phénomènes inflammatoires recommence.

Fréquemment on observe une série de phénomènes prodromiques avant l'apparition de toute lésion anatomique : diminution du champ visuel, de l'acuité visuelle, névralgies ciliaires accompagnées de photophobie et de larmoiement, troubles de l'accommodation.

La réalité de ce stade prodromique est bien démontrée : non pas qu'il existe toujours, mais au moins dans un certain nombre de cas, dont la proportion est jusqu'à présent indéterminée. Ainsi, dans l'observation I, vingt jours

environ avant l'apparition des lésions anatomiques, il y avait eu diminution de l'acuité visuelle, au point de forcer le malade à suspendre son travail, puis retour à l'état normal et nouvelle diminution. Alors aucune lésion ne fut constatée malgré un examen attentif, et la légère diminution d'acuité fut attribuée à la dilatation pupillaire. Un examen plus perfectionné eut sans doute fait reconnaître qu'elle ne tenait à aucune condition optique. Aucun caractère ne permet de distinguer ce symptôme de ceux que l'on rencontre dans l'irritation sympathique. On en a conclu à leur identité, conclusion assez logique ; et l'irritation sympathique est ainsi considérée comme un syndrome prodromique de l'opthalmie. Donders, s'appuyant sur une forme grave, *névrose sympathique*, n'évoluant pas vers l'ophthalmie, malgré son intensité et sa très longue durée, soutient que l'irritation ne peut se transformer en inflammation. Il y a là certainement des distinctions à faire, mais dans l'état actuel de nos connaissances nous devons considérer cette transformation comme toujours possible et, au moins, surveiller le malade avec soin et persévérance.

Tous les auteurs s'accordent à distinguer la forme plastique et la forme séreuse. Énumérons-en rapidement les symptômes ; on en trouvera ailleurs des descriptions complètes et détaillées :

Forme plastique. — Au début, injection perikératique ; sensibilité de la région ciliaire au toucher ; iris décoloré, ou hyperhémié, agrandissement de la chambre antérieure. Ensuite douleurs violentes, chémosis, synéchies posté-



rieures ; opacités floconneuses plus ou moins volumineuses, siégeant surtout dans la région antérieure du corps vitré ; exsudat jaunâtre dans le champ pupillaire, finalement phthisie du globe.

Forme séreuse. — Injection périkératique modérée, tension du globe élevée, chambre antérieure plus profonde, iris moins mobile, décoloré ; opacités très légères du corps vitré ; troubles ponctués de la cornée. Cette forme peut rétrocéder sous l'influence du traitement, ou peut être spontanément, ou se transformer en forme plastique (obs. IV).

Entre ces deux types, on oberve toutes les nuances et transitions. Il y a, en outre, une grande variabilité de rapports entre les lésions et les symptômes réactionnels, injections vasculaires, douleurs, photophobie, etc. Dans l'obs. I, il y avait absence complète de réaction, et cependant l'irido-choroïdite en était arrivé à la synéchie postérieure totale.

On observait aussi dans ce cas les lésions de l'œdème rétinien ; celui-ci était probablement antérieur au développement de l'iritis. Il paraît y avoir eu une marche lente de l'affection d'arrière en avant. C'est une question non encore résolue, à savoir si l'affection débute toujours par le fond de l'œil, et aussi si une courte période séreuse ne précède pas constamment la forme plastique. Dans l'observation IV, ce n'est que vingt jours après ce début de l'irido-choroïdite que l'exsudat pupillaire et l'iris prennent l'aspect que l'on rencontre dans la forme plastique. Faisons, en passant, remarquer que dans ce cas

d'irido-choroïdite séreuse, relativement bénigne, l'énucléation et le traitement local, sans traitement général, n'eurent aucune influence.

TRAITEMENT. — Nous n'avons pas à traiter la prophylaxie, puisque nous ne nous occupons que de l'ophthalmie sympathique développée. Nous dirons néanmoins que, dans les cas où l'on n'aura pas jugé l'énucléation préventive nécessaire, quoique la lésion soit capable de sympathiser l'autre œil, il faudra surveiller attentivement les malades, les prévenir de l'importance qu'il y a pour eux de se représenter au moindre trouble ressenti. Dans les plaies avec enclavement de l'iris ou du corps cilaire, il faut pratiquer une occlusion antiseptique de très longue durée, et condamner l'œil non blessé au repos. Il sera même quelquefois bon d'en paralyser l'accommodation au moyen de l'atropine.

L'ophthalmie sympathique est en train d'évoluer, que faut-il faire? Il nous paraît intéressant de passer en revue les opinions des principaux auteurs sur cette importante question.

M. le professeur Panas, d'accord avec Laqueur, pense que :

« Contre l'irritation sympathique, l'énucléation constitue le moyen par excellence. Dans l'irido-cyclite séreuse. les résultats, généralement moins bons, n'ont été complets que dans un petit nombre de cas. Toutefois, la plupart du temps, on parvient à enrayer l'inflammation, ce qui est un résultat important, puisque, abandonnée à elle-même ou traitée médicalement, la maladie doit né-

cessairement s'aggraver. — Dans l'irido-cyclite plastique, les insuccès deviennent la règle et les bons résultats ne sont plus que l'exception. »

Hirschberg, 1879. — « De plus en plus s'affirme la conviction que l'irido-cyclite sympathique une fois développé est incurable. L'ablation de l'œil le premier atteint est sans influence sur la marche de la maladie du second. Chaque traitement médicamenteux de celui-ci est sans action ; chaque traitement opératoire nuisible. »

Mauthner, 1879. — « Dans l'irritation sympathique, faites l'énucléation le plus tôt possible. Y a-t-il iritis séreuse, affection qui revêt toujours un caractère bénin, je regarde l'opération comme formellement contre-indiquée. Est-on en présence d'une irido-cyclite, l'énucléation n'est d'aucun secours, peut hâter l'évolution du processus pernicieux et ne saurait être eutreprise qu'en vertu de la considération que là où tout est perdu, on ne saurait plus perdre davantage, donc pour un pis-aller seulement. »

Lawson, 1880. — « A la conviction que l'œil blessé n'arrêtera pas le cours de l'affection ; si l'ophthalmie sympathique a déjà gagné l'œil congénère. L'inflammation continuera comme si l'œil sympathisant existait encore. Néanmoins si l'œil est perdu sans espoir, l'auteur est d'avis de l'enlever, pour donner au malade toutes les chances possibles. »

Rogman auquel nous empruntons quelques-unes de ces citations ajoute après avoir rapporté cette opinion :

« L'auteur semble donc regarder l'énucléation comme n'étant jamais que salutaire pour l'œil sympathisé. » Si nous comprenons bien la pensée de Lawson, il considérerait seulement l'énucléation comme n'étant jamais nuisible et malgré sa conviction personnelle qu'elle est inutile, conviction nettement affirmée plus haut, il la pratiquerait, afin de ne pas priver son malade d'un mode de traitement que beaucoup d'auteurs considèrent comme salutaire.

Brailey, 1881. — « L'énucléation ne doit s'adresser qu'à l'irritation sympathique. Si l'irritation et l'inflammation existent simultanément, l'énucléation est facultative. Il n'y a pas à y recourir, lorsque l'inflammation sympathique prédomine. »

Critchett, 1881. — « Si l'ophthalmie sympathique existe même à un faible degré, l'énucléation ne peut arrêter la marche de l'affection... Nous n'avons aucun moyen d'action soit local, soit interne pour agir avec bénéfice durant la période de progrès... »

Moorez, 1882. — « L'énucléation ne donne aucun résultat, bien plus précipité la catastrophe, devenue fatale, du moment que le second œil présente les symptômes de l'inflammation sympathique même à ses tout premiers débuts. »

Ayres, 1883. — « C'est un point définitivement résolu, l'énucléation ne peut arrêter, ni diminuer la durée de l'inflammation sympathique une fois celle-ci déclarée. »

Gruson, 1883. — « L'énucléation guérit fort souvent les inflammations bénignes, rarement les malignes. Certes elle n'est pas infaillible; mais elle guérit peut-être ou améliore les accidents sympathiques dans plus de la moitié des cas. »

Rogman conseille l'énucléation, complétée au besoin par l'excision consécutive d'une partie du tronçon du nerf optique resté sensible au contact après la cicatrisation, ensuite l'emploi de l'atropine, du mercure, de l'iodure de potassium, les injections de pilocarpine et l'application de cataplasmes. C'est aussi l'opinion d'Abadie qui regarde l'énucléation comme une condition nécessaire mais non suffisante pour le succès final.

Si nous interrogeons les faits cliniques, que voyons-nous? L'énucléation donne les résultats les plus contradictoires. Dans une catégorie de faits, elle n'a pas d'action; la maladie continue son évolution sans en être aucunement influencée. Quelquefois même elle paraît être nuisible et amène une exacerbation de tous les symptômes. Dans d'autres cas, malgré cette exacerbation une guérison plus ou moins complète finit par être obtenue, sous l'influence consécutive d'un traitement médical. Il est alors difficile de faire la part qui revient à chaque mode thérapeutique. Dans une autre série de faits l'énucléation est suivie immédiatement d'une amélioration considérable et la succession des phénomènes est tellement rapprochée qu'il est difficile de ne pas y voir une relation de cause à effet. Comment expliquer toutes ces divergences ? Le problème est excessivement complexe. Il faudrait tenir compte des nombreuses variétés de causes

sympathisantes et des façons, multiples aussi, de réagir de l'œil sympathisé. Il y aurait lieu d'examiner en plus l'influence de l'état général du sujet, diathesique ou acquis. Moorez y a consacré quelques mots à propos d'un sujet syphilitique, mais c'est une question à peine posée. Nous n'essaierons donc pas de résoudre le problème, nous contentant d'établir la pratique la plus rationnelle en l'état actuel de nos connaissances.

Si l'on parcourt les observations publiées dans les journaux et les traités, on acquiert la conviction que l'énucléation est très rarement nuisible et souvent utile. Il conviendra donc de la pratiquer chaque fois qu'il s'agira d'un œil définitivement perdu, ce qu'il n'est pas toujours possible de déterminer il est vrai. En ce cas le praticien se trouvera dans la plus grande perplexité. Mais l'ophthalmie sympathique peut guérir sans énucléation, nos observations I et II en font foi, vaut donc mieux ne pas énucléer ; à plus forte raison lorsque l'œil sympathisant conserve encore un certain degré de vision.

Le traitement médical a une importance considérable et si nous n'en jugeons que par les faits cités plus loin nous serons tenté de lui accorder une influence prédominante. Il faut agir énergiquement. Ainsi : mercurialisation soit par le calomel à doses réfractées, soit par l'inonction avec l'onguent napolitain jusqu'à salivation ; sudations au moyen de la pilocarpine répétées tous les deux ou trois jours; atropinisation, dès que la dilatation pupillaire est obtenue, on ne doit employer les mydriatiques que suffisamment pour la maintenir ; un emploi excessif et prolongé pourrait ne pas être sans danger. Des cataplasmes

chauds sont utiles pour calmer les douleurs. On exigera le séjour dans un endroit obscur.

Signalons la névrotomie ciliaire et l'énervement, opérations sur lesquelles on ne peut encore se prononcer. M. le professeur Panas signalait au congrès de Londres deux cas peu encourageants: l'un avait été suivi de phlegmon de l'orbite, l'autre de mort par méningite.

Observation I (*personnelle*)

T..., 33 ans, ouvrier serrurier, atteint de blessure à l'œil gauche pendant son travail, le 13 janvier 1885.

Il se présente à la clinique le 15.

Etat actuel. Plaie du bord scléro-cornéen en dehors, dans laquelle se trouve un prolapsus irien de trois millimètres de long sur deux de large environ, assez saillant. Ce prolapsus semble déjà recouvert d'une mince pellicule cicatricielle. La pupille est déformée, le bord externe correspond à l'enclavement. Pas de lésions du cristallin. Milieux normaux. Pas de réaction, seulement un peu d'injection vasculaire au niveau de la plaie.

On prescrit instillations d'atropine toutes les deux heures, bandeau compressif et repos.

Les jours suivants tout alla bien et le malade cessa spontanément de venir à la consultation. Dix jours après l'accident il se remit à son travail conservant toujours néanmoins le bandeau. Il travaillait facilement, sans aucune gêne, avec l'œil sain.

Vers le 15 février, T... supprime le bandeau et continue à travailler avec des lunettes fumées.

Vers le 1er mars T... constate que la vision du côté sain est légèrement trouble: il attribue ce phénomène à la fatigue, suspend

son travaille et instille de son propre chef quelques gouttes d'atropine de chaque côté. Les pupilles s'agrandissent, dit-il et la vision revient. Quelques jours plus tard nouveaux troubles de la vue. Le malade revient consulter. On constate une dilatation complète des pupilles : à droite $S = \frac{2}{3}$; à gauche $S = \frac{1}{2}$. Les milieux paraissent normaux ; les troubles de la vision sont attribués à la dilatation pupillaire et à la paralysie de l'accommodation. On prescrit des instillations d'eserine.

20 mars. — Œil droit, $S = \frac{1}{3}$. Synéchie postérieure complète; fines opacités du corps vitré. Infiltration diffuse de la retine et de la papille. Celle-ci présente une coloration rosée beaucoup plus prononcée qu'à l'état normal, ses limites sont à peine appréciables, les veines un peu dilatées. Iris légèrement décoloré, chambre antérieure normale.

Œil gauche. $S = \frac{1}{2}$. Une seule synéchie du bord pupillaire inférieur. Mêmes lésions ophthalmoscopiques.

Pas d'injection péricornéenne, pas de sensibilité du corps ciliaire, pas de photophobie, ni larmoiement, ni douleurs, en un mot pas le moindre phénomène irritatif.

Prescription : Repos dans une chambre peu éclairée ; instillations d'atropine toutes les heures ; calomel 0,50 centigrammes en 25 paquets, douze à prendre dans l'après-midi, douze le lendemain matin, de quart d'heure en quart d'heure. Frictions avec de l'onguent napolitain autour de chaque orbite.

21. — Les synéchies se sont complètement rompues, pupilles modérément dilatées $S = \frac{1}{2}$ de chaque côté : mêmes lésions ophthalmoscopiques.

22. — Même état. Calomel 0,50 centig. On continue les frictions autour de l'orbite.

23. — OD, $S = \frac{2}{3}$. OG, $S = \frac{1}{2}$. Salivation abondante. Stomatite mercurielle légère que l'on soumet au traitement habituel. On suspend tout traitement mercuriel.

Les jours suivants il se développe sur chaque œil des opacités ponctuées à la partie postérieure de la cornee surtout dans la moitié inférieure.

L'acuité visuelle varie peu. Le 4, le 5, le 18, le 28 avril, le malade prend 0,50 de calomel et chaque fois on obtient une amélioration de l'acuité visuelle qui tendait à diminuer.

1er mai. — OD. $S = \frac{2}{3}$ OG. $S = \frac{1}{2}$. Les opacités cornéennes commencent à disparaître. Mêmes phénomènes ophthalmoscopiques.

2 et 5 mai. — Calomel 0,50.

11 mai. — OD. Même état.

OG. $S = \frac{1}{10}$. Un peu de photophobie ; légère injection sous-conjonctivale; les instillations d'atropine produisent une sensation de brulûre. Troubles cornéens stationnaires, champ pupillaire libre, l'état du corps vitré ne permet pas de voir le fond de l'œil. La tension qui jusqu'alors n'avait pas sensiblement varié est au-dessous de la normale.

Légère douleur à la pression dans la région ciliaire en haut et en dehors. Le malade n'accuse pas de douleurs spontanées, mais éprouve un sentiment de gêne et de tension dans toute la région orbitaire.

Calomel 0,50 centigrammes.

12 mai. — OG. $S = \frac{1}{4}$.

13. — Frictions mercurielles autour de l'orbite et à la partie interne des cuisses.

14. Plus de douleur à la pression. On suspend tout traitement.

24. — A gauche tension élevée, esérine. A droite, même état.

28. — OD. $S = \frac{2}{3}$. Opacités de la cornée disparues : deux mines tractus opaques dans la région antérieure du corps vitré. Même état de la rétine et de la papille.

OG. $S = \frac{1}{4}$. Tension normale. Opacités cornéennes considérablement diminuées.

Trouble diffus du corps vitré. Le fond de l'œil ne donne qu'un reflet rougeâtre.

A l'endroit on se trouvait le prolapsus cicatrice absolument plate.

Observation II (*inédite*)

Communiquée par le Dr Gauran

De V... reçoit dans l'œil droit une vis qu'il était en train de retirer de son écrou au moyen d'un chasse-clou, le 7 novembre 1881, il en résulte une plaie de la cornée pour laquelle il est soigné à Paris par des instillations d'atropine et des lotions boratées.

Le 23 novembre il revient à Rouen et se présente à la clinique le 25.

Etat le 25. A la partie inféro-interne du bord scléro-cornéen existe une place d'environ un centimètre de longueur dont le quart inférieur empiète sur la région ciliaire : un paquet d'iris gros comme un grain de chenevis, fait hernie à travers les lèvres de la solution de continuité ; une portion du prolapsus est recouverte par la conjonctive, une autre partie est en contact avec l'extérieur. La pupille est aussi dilatée que le permet l'enclavement du sphincter. La cristalloïde est intacte. L'injection se borne aux environs de la plaie.

Pas de sang dans la chambre antérieure. Dans le corps vitré nombreux flocons noirâtres, résultat probable d'une hemorrhagie. Le malade en effet raconte qu'il a eu l'œil rempli de sang et que la vision a été abolie complètement les premiers jours. Actuellement il compte seulement les doigts à 4 mètres.

Les instillations d'atropine et les lotions boratées sont continuées jusqu'au 2 décembre. A ce moment on suspend l'atropine, toute chance de réaction inflammatoire paraissant éloignée. Néanmoins le patient se présente tous les jours à la consultation et sauf le rétrécissement pupillaire, rien de nouveau n'est noté.

Le 12 décembre. — On enlève avec la pince-ciseaux tout le bourrelet iridien et on applique le bandeau compressif.

13 décembre. — Quelques douleurs dans l'œil et le front du côté malade. — Injection au voisinage de la plaie. — On réapplique le bandeau.

14 décembre. — En ôtant le bandeau on s'aperçut que la zone ciliaire de l'œil sain présente une injection d'un rose tendre. — Le malade, d'une nature assez calme et peu communicatif, vivement questionné, répond que les douleurs frontales sont passées du côté sain avec un caractère plus aigu que de l'autre et que la vision fut beaucoup troublée. On instille immédiatement de l'atropine dans chaque œil, puis l'on constate les phénomènes suivants :

Œil droit. — Pas d'injection vasculaire, si ce n'est aux environs de la plaie. La pupille s'est irrégulièrement dilatée et le bord pupillaire est adhérent à la cristalloïde en un point de sa circonférence externe. Les troubles du corps vitré sont les mêmes que précédemment.

Œil gauche. — Outre l'injection et les douleurs dont il a été parlé plus haut, la pupille en se dilatant, incomplètement toutefois, laisse voir sur la cristalloïde des exsudats ponctiformes. A la partie interne une synéchie plus solide retient en ce point le bord pupillaire A l'examen ophthalmoscopique les milieux sont troubles; le corps vitré, parsemé de fines opacités, ne laisse apercevoir le fond de l'œil qu'à travers un nuage épais; un pointillé très terne se remarque sur la membrane de Descemet vers la moitié inférieure. L'acuité visuelle est descendue à $\frac{1}{10}$.

Le malade fut soumis à un traitement mercuriel énergique par frictions à l'onguent napolitain jusqu'à salivation; et, après quelques alternatives de rémission et d'exacerbation toujours combattues par le mercure, l'œil gauche recouvra une vue presque normale et l'œil droit resta ce qu'il était avant l'ablation du prolapsus.

Observation III (*inédite*)

communiquée par le Dr Gauran.

Mlle P..., 17 ans, Entrée à l'Hôtel-Dieu de Rouen vers le milieu du mois de septembre 1876, pour une panophthalmite de l'œil droit qui suivit son cours sans incidents particuliers. Le 18 octobre, à la sortie de l'Hôtel-Dieu, elle se présente à la clinique.

On ne peut, par les commémoratifs découvrir la cause de cette panophthalmite, Il est certain qu'il n'y a pas eu de traumatisme. Cet œil souffrait depuis longtemps de kératite, autant qu'on en peut juger par les. dires de la malade lorsqu'éclatèrent brusquement les symptômes inflammatoires violents qui la firent entrer à l'hôpital.

Etat actuel. — Œil droit. — Bulbe atrophie avec chémosis assez prononcé; les paupières œdématiées ne peuvent s'écarter spontanément. Douleurs encore assez vives.

Œil gauche. — Cet œil, depuis le 17, a été pris de douleurs avec larmoiement et violente photophobie, Fine injection péricornéenne sous-conjonctivale. Chambre antérieure profonde, la cornée est saine, l'iris dilaté immobile, sans modification dans son tissu ; rien d'anormal dans le champ pupillaire ; fines nombreuses opacités dans la partie antérieure du corps vitré. Douleurs très vives quand on presse sur la région ciliaire interne.

L'énucléation de l'œil droit est pratiquée immédiatement. Le soir même on commence le traitement mercuriel : calomel à doses réfractées à l'intérieur ; frictions avec l'onguent napolitain.

Comme traitement local, instillations répétées d'atropine, cataplasme chaud ; une injection de morphine à la tempe.

19 octobre. — Même état plus très fin piqueté sur la membrane de Descemet. La dilatation pupillaire a un peu augmenté. On continue le traitement mercuriel et dans la soirée la salivatian commence.

20 octobre. — Même état. On continue les frictions, pas de calomel.

21 octobre. — Tous les symptômes inflammatoires s'amendent. La stomatite fait suspendre le mercure. La malade rentre chez elle, et se représente tous les jours à la consultation. Les douleurs, la photophobie, le larmoiement, l'injection sous-conjonctivale disparaissent. Les troubles du corps vitré et de la chambre antérieure diminuent. La malade se conduit facilement.

On la perd de vue et on en concluait à un succès définitif, lorsqne le 21 décembre elle se représente de nouveau. Depuis le 21 octobre, elle n'a eu que quelques douleurs passagères sans photophobie ni larmoiement. Elle vaquait à ses occupations ordinaires de ménagère ; mais aurait pu, dit-elle, travailler sur des objets fins, ce qu'elle ne faisait point d'après les conseils que nous lui avons donnés.

Le 20 octobre elle avait été prise, sans cause appréciable, de douleurs et photophobie avec diminution considérable de la vision.

Le 21 décembre, nous constatons en outre des troubles fonctionnels énumérés ci-dessus, une Injection péricornéenne assez vive, des troubles de la partie antérieure du corps vitré, en un mot identiquement les phénomènes de la première affection. Le même traitement fut appliqué et en deux jours il y eut amendement complet. Puis en peu de jours les phénomènes irritatifs disparurent et graduellement la vision redevint ce qu'elle était avant ce deuxièmo processus.

Observation IV (*inédite*)

Communiquée par le Dr Gauran.

Joseph G..., 65 ans, savonnier, se présente à la clinique le 12 septembre 1875.

Homme chétif, dans un état de sénilité très avancé ; a reçu, il y a quinze jours, dans l'œil droit, un jet de lessive de savon : brûlures de la conjonctive et de la cornée.

Etat actuel. — Le bulbe est atrophié, diminué de volume de moitié ; la paupière supérieure adhère au globe, qui ne montre plus vestige de cornée. Par suite de cette disposition, les mouvements de la paupière se transmettent au bulbe et occasionnent des douleurs très vives, que le malade localise dans l'organe même. L'énucléation est proposée afin de supprimer ces douleurs et d'éviter les dangers que présente pour l'autre œil ce bulbe atrophié et douloureux. Le malade refuse.

Le 10 avril 1875, G... se présente de nouveau. Il raconte qu'il est allé à Paris, qu'on lui a proposé l'énucléation, que, sur son refus, on a essayé sans résultat de séparer la paupière supérieure du globe, que celui-ci a été constamment douloureux, qu'il revient consulter parce que son œil gauche l'inquiète

Depuis le 9 avril cet œil est devenu douloureux, sensible à la lumière et la vision a beaucoup diminué.

État le 10 avril. — Photophobie, larmoiement, injection péricornéenne modérée. Cornée saine. Chambre antérieure profonde, surtout à la périphérie. Iris modérément dilaté, pupille ovale, pas d'exsudats dans le champ pupillaire. Trouble considérable du corps vitré avec corps flottants, surtout dans la région antérieure ;

impossibilité de voir le fond de l'œil. Les doigts sont difficilement comptés à 20 centimètres.

L'énucléation est pratiquée immédiatement. On prescrit des instillations d'atropine répétées d'heure en heure, l'application de compresses chaudes et une injection de morphine à la tempe. La débilité du malade empêche tout traitement mercuriel.

Du 10 au 17 avril, les symptômes ne s'amendèrent pas. Mêmes douleurs dès que le patient n'est plus soumis à l'influence de la morphine. Le 13 avril, le champ pupillaire était envahi par une fausse membrane très fine ; pas de dépôts sur la membrane de Descemet ; pas de trouble de l'humeur aqueuse ; le tissu de l'iris paraît normal ; mêmes troubles du corps vitré ; impossible de voir le fond de l'œ l.

Le malade perd patience et quitte la clinique, devant se représenter chaque jour, mais il ne revient que le 26. Il est très affaibli ; l'état de l'œil est le même. Les douleurs ont augmenté ; elles sont atroces et accompagnées de vomissements. Le malade rentre à la clinique. On applique le même traitement que plus haut. Peu à peu les douleurs se calment et l'état des milieux reste stationnaire.

Le 6 mars on constate à la surface de l'iris un fin réseau vasculaire de nouvelle formation. Le tissu perd sa couleur normale ; le bord pupillaire est bosselé. La chambre antérieure s'agrandit à la périphérie. Puis une fausse membrane épaisse jaunâtre s'abat comme un rideau sur le champ pupillaire. Les douleurs sont continuelles. La tension, qui jusqu'alors était restée normale, baisse notablement. Quelques jours plus tard la phthisie s'était accentuée.

Observation V (*abrégée*).

Abadie. (Archives d'ophthalmologie.)

Un jeune homme de 19 ans avait perdu l'œil gauche à la suite d'une conjonctivite blennorrhagique, pour laquelle il n'avait reçu que des soins tardifs et insignifiants. Il était resté de ce côté un leucome complet staphylomateux très volumineux, fort disgracieux à voir, qui distendait les paupières et entretenait toujours de ce côté une certaine irritation. L'œil droit était sain et normal; le malade désirait vivement cacher sa difformité en portant un œil artificiel, et ce fut surtout pour répondre à ce désir que je me décidai à pratiquer l'ablation du segment antérieur. Le procédé de Critchett, avec fils à travers la sclérotique, fût employé. La guérison se fit en laissant un superbe moignon, parfaitement mobile, sur lequel fût adapté un œil artificiel. Quatre mois après, le malade revint me trouver. Depuis quelques jours il éprouvait de la photophobie et quelques douleurs dans l'œil droit. Je constatai une légère injection penkératrique. Je fis enlever l'œil artificiel, le moignon était intact, sans hyperhémie conjonctivale, mais pourtant un peu douloureux à la pression. Je conseillai de ne plus porter, pendant quelque temps, l'œil artificiel. Néanmoins, trois jours après cette visite, l'injection perikératique augmentait à droite et la vision commençait à devenir confuse. A l'ophthalmoscope, le corps vitré paraissait troublé dans les parties les plus profondes, la papille était voilée. A l'éclairage oblique, de fins exsudats apparaissaient en certains points sur le bord pupillaire, et l'on découvrait un léger pointillé sur la membrane de Descemet. Nul doute, une ophthalmie sympathique venait de se déclarer. J'étais d'avis de pratiquer immédiatement l'énucléation du moignon, mais le malade s'y refusa. Des instillations d'atro-

pine et des frictions mercurielles furent prescrites, mais sans résultats appréciables ; la situation s'aggravait tous les jours. Enfin, huit jours après le début des accidents sympathiques, contraint par la gravité de la situation, le malade se résigna à l'opération.

Malgré l'ablation du moignon, pendant les quelques jours qui suivirent, la situation sembla s'aggraver et on eut pu croire au premier abord que l'influence de l'opération avait été plus nuisible qu'utile. A ce moment le corps vitré était entièrement trouble et ne permettait pas d'apercevoir les membranes profondes.

L'œil très sensible à la lumière, larmoyait et supportait difficilement le moindre examen.

Le centre de la pupille était encore libre, mais ses bords étaient envahis par des exsudats ramifiés dans tous les sens. L'atropine ne donnait qu'une dilatation incomplète et irrégulière.

C'est alors que je commençai à faire des frictions mercurielles à la dose de 6 grammes par jour et simultanément une transpiration tous les deux jours ; des instillations répétées d'atropine, séjour absolu dans une chambre obscure. Ce ne fut qu'extrêmement lentement, après trois mois de ce traitement que l'amélioration se prononça nettement. La pupille se dégagea, le corps vitré s'éclaircit et finalement une guérison complète survint.

Observation VI

Rogman. — (An. d'oculistique)

L'œil gauche était atteint d'ulcère de la cornée, survenu spontanément, avec nécrose à peu près totale de cette membrane ; l'œil droit présentait les symptômes de l'irido-choroïdite avec synéchies iriennes presque complètes. Le traitement était : fomentations chaudes, ésérine et bandeau compressif à gauche; à droite

atropine ; à l'intérieur iodure de potassium et mercure en onctions. Après trois jours aucune modification n'étant survenue dans l'état de l'œil droit et soupçonnant une influence sympathique, je me décidai à faire l'énucléation de l'œil gauche ; aucun incident opératoire ne se produisit. Dès le lendemain les synéchies se déchirèrent toutes comme par enchantement, l'iris se dilata ; peu à peu les symptômes inflammatoires disparurent, les milieux s'éclaircirent et quelques semaines après le sujet me quitta pour reprendre son métier de tisserand. Il me revint cependant l'année suivante avec les symptômes de l'irido-choroïdite récidivée ; mais sous l'influence du traitement médical la vue se remit comme la première fois.

Observation VII

(*Idem*)

Œil droit blessé par un morceau de fer et par suite atteint d'irido-choroïdite avec perte totale de la vision. Deux mois après le traumatisme pendant l'année de 1882, je trouvai l'œil gauche qui avait déjà été traité ailleurs par les astringents, envahi par une irido-cyclite sympathique.

Je pratiquai l'énucléation de l'œil droit et instituai le traitement médical habituel pour l'œil sympathisé. Deux mois après l'ouvrier était capable de reprendre son travail. Mais une rechûte eut lieu au mois de novembre 1883. Il resta quatre mois dans mon service et se remit complètement de nouveau, de manière à présenter le 18 mars 1884 une accuité visuelle de $\frac{1}{8}$ et le 8 juin, une accuité visuelle de $\frac{1}{2}$. Le 27 octobre il vint me consulter pour un ulcère atopique de la cornée ; cette visite me permit de constater encore l'état parfait des membranes du tractus uvéal.

CONCLUSIONS

L'excision des prolapsus irien et ciliaire peut donner une marche aiguë et une forme plus grave à des accidents sympathiques bénins ou latents.

L'ophthalmie sympathique, même dans des formes assez graves, peut guérir sans énucléation :

Celle-ci est très souvent utile, quelquefois indispensable, très rarement nuisible, il y a donc lieu de la pratiquer toutes les fois qu'il sagit d'un œil définitivement perdu.

Le traitement médical doit être combiné à l'énucléation ; il a une très grande importance et donne souvent d'excellents résultats. L'atropine, le mercure, les injections de pilocarpine seront donc employées avec énergie et persévérance.

INDEX-BIBLIOGRAPHIQUE

ABADIE. — Archives d'ophthalmologie. Mars, avril, 1884.

AYRES. — Archiv. für Augenheikunde. XI et XII.

GRUSON. — Etude générale des ophthalmo-sympathies. Thèse de Lille, 1883.

HIRSEHBERG. — Archiv. für Augenhulkunde. Vol. VIII.

KRAUSE. — Annales d'oculistique, 1881-2.

LAQUEUR. — Sur les affections sympathiques de l'œil. Thèse de Paris, 1869.

LAWSON. — Opthalmie hospital. Reports, X, I. Annales d'oculistique, 1881.

LEBER. — Société opthalmologique d'Hudelberg. Ann. d'oculistique. Juillet août, 1883.

MAUTHNER. — Vortræge aus dem gesammtgebiete der Augenheilkunde. Vol. I.

MOOREN. — Des affections sympathiques de la vue, 1870. Traduction par le docteur A. Lebeau.

PANAS. — Leçons sur les maladies inflammatoires des membranes internes de l'œil, 1878. Congrès international de Londres. Séance du 5 août 1883.

NUEL. — Ophthalmie sympathique. Dictionnaire encyclopédique.

Reclus. — Thèse d'agrégation, 1878. Des inflammations sympathiques.

Rogman. — Sur l'opportunité de l'énucléation dans l'ophthalmie sympathique. Annales d'oculistique, décembre 1884.

Rossauder. — Contribution à l'étude de l'ophthalmie sympathique. Ann. d'oc. t. 45.

De Wecker. — Traité complet d'ophthalmologie. T. II.

Vignaux. — De l'ophthalmie sympathique et spécialement de son traitement par l'énucléation, 1877.

Yvert. — Traité des blessures du globe de l'œil.

Vu, bon à imprimer,
Le Président de thèse,
PANAS.

Vu et permis d'imprimer,
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Lons-le-Saunier. — Imp. J. Mayet et Cie, rue Saint-Désiré, 20.